

Fiche de bonnes pratiques

Prévention des chutes chez les résidents en perte d'autonomie

À destination de l'équipe paramédicale (IDE, AS) — coordination IDEC

⚠ DOCUMENT DE TRAVAIL — brouillon rédigé avec l'appui d'une IA générative dans le cadre d'un atelier de sensibilisation. Cette fiche doit impérativement être relue, complétée et validée par le médecin coordonnateur et/ou une source médicale de référence (HAS, protocole interne de l'établissement) AVANT toute diffusion ou affichage auprès de l'équipe.

1. Facteurs de risque

Facteurs liés au résident (intrinsèques)

- Troubles de l'équilibre et de la marche, faiblesse musculaire
- Troubles cognitifs (désorientation, démence, troubles du jugement)
- Polymédication, en particulier psychotropes, hypnotiques, hypotenseurs
- Troubles de la vue ou de l'audition
- Hypotension orthostatique, malaises
- Incontinence urinaire, notamment nocturne (levers non accompagnés)
- Antécédent de chute dans les 12 derniers mois

Facteurs liés à l'environnement (extrinsèques)

- Sol glissant, mouillé ou encombré ; éclairage insuffisant
- Chaussage inadapté (chaussons ouverts, semelles glissantes)
- Mobilier mal disposé, absence de barres d'appui
- Lit ou fauteuil mal réglé, aide technique absente ou mal utilisée (déambulateur, canne)

2. Mesures de prévention

- Évaluer le risque de chute à l'entrée du résident et le réévaluer régulièrement (grille de repérage)
- Aménager l'environnement : éclairage suffisant, sol antidérapant, désencombrement, mains courantes
- Veiller à un chaussage fermé et adapté
- Réévaluer le traitement médicamenteux avec le médecin coordonnateur (psychotropes, polymédication)
- Proposer des activités de maintien de l'équilibre et de la mobilité (kinésithérapie, ateliers d'animation adaptés)
- Renforcer la surveillance des résidents identifiés à risque élevé (rondes, dispositifs d'alerte)
- Former en continu l'équipe aux techniques de transfert et d'aide à la mobilité

3. Conduite à tenir en cas de chute

- Ne jamais relever seul un résident sans évaluation préalable de son état
- Évaluer l'état de conscience, rechercher une douleur, une plaie ou une déformation
- Alerter immédiatement l'IDE/IDEC en cas de signe de gravité (perte de connaissance, douleur intense, déformation, traumatisme crânien — vigilance particulière sous anticoagulants)
- Ne pas mobiliser le résident en cas de suspicion de fracture ou de traumatisme crânien : contacter le 15
- Rassurer le résident et prévenir la famille selon la procédure de l'établissement
- Mettre en place une surveillance renforcée dans les 24 à 48 heures suivant la chute (constantes, comportement)

4. Traçabilité

- Déclarer systématiquement l'événement dans le logiciel de soins de l'établissement, dans les meilleurs délais
- Compléter la fiche de déclaration de chute : date, heure, lieu, circonstances, témoins, mesures prises
- Transmettre l'information à l'équipe pluriprofessionnelle (staff, cahier de liaison)
- Analyser les chutes récidivantes en commission de coordination gériatrique / CVS
- Mettre à jour le plan de soins et le projet personnalisé du résident

⚠ Rappel : cette fiche ne remplace pas un avis médical. Toute décision impliquant l'état de santé d'un résident relève du médecin coordonnateur et de l'équipe soignante, jamais d'une IA générative.